

Tribunale Catanzaro sez. II 21/03/2018 n. 489

REPUBBLICA ITALIANA  
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO  
Tribunale Ordinario di Catanzaro  
Sezione Seconda Civile

Il Giudice, dott.ssa Francesca Rinaldi, ha pronunciato la seguente

**Sentenza**

(OMISSIS)

Oggetto: risarcimento danni da responsabilità professionale medica

Conclusioni delle parti: come da verbale del 1.12.2017

**Ragioni di fatto e di diritto della decisione**

Con atto di citazione ritualmente notificato, (OMISSIS), (OMISSIS), (OMISSIS) e (OMISSIS), rispettivamente in qualità di figlio, moglie e genitori del de cuius (OMISSIS), convenivano in giudizio, dinanzi al Tribunale di Catanzaro l'Azienda Ospedaliera (OMISSIS) e (OMISSIS) al fine di sentire accogliere le seguenti conclusioni: "Voglia l'On.le Tribunale adito accertare e dichiarare la responsabilità dei convenuti in merito ai fatti di causa per come enunciati in detto atto; condannare in solido l'Azienda Ospedaliera (omissis) e la signora (OMISSIS) al risarcimento in favore di (OMISSIS) e di (OMISSIS) di ogni pregiudizio dagli stessi subito in occasione della morte del loro congiunto, a titolo di danno non patrimoniale e consistente nella definitiva perdita del rapporto parentale, morale ed esistenziale, da liquidarsi con valutazione equitativa, nonché al risarcimento iure hereditatis dei danni subiti dal signor (OMISSIS) consistenti sia nella perdita delle chances di sopravvivenza, nonché del danno biologico terminale o, in subordine, catastrofico, il tutto oltre interessi e rivalutazione; condannare in solido l'Azienda Ospedaliera (omissis) e la signora (OMISSIS) al risarcimento in favore di (OMISSIS) e (OMISSIS) di ogni pregiudizio dagli stessi subito in occasione della morte del loro figlio a titolo di danno non patrimoniale e consistente nella definitiva perdita del rapporto parentale, morale ed esistenziale, da liquidarsi con valutazione equitativa, oltre interessi e rivalutazione monetaria. Con vittoria delle spese di lite da distrarsi in favore del procuratore dichiaratosi antistatario".

A fondamento della domanda gli attori in epigrafe rappresentavano che:

- in data (...).08.2009, alle ore 22:10 circa, il sig. (OMISSIS) richiedeva l'intervento del servizio 118 in quanto accusava forti dolori al torace ed immobilità dell'arto inferiore dx; durante il tragitto in ambulanza il paziente veniva visitato dal Servizio SUEM 118 che praticava terapia infusiva per via endovenosa; alle ore 22:00 circa giungeva al Pronto Soccorso dell'Ospedale di (omissis) con codice giallo di criticità "per dolore toracico" e, poi, a seguito dell'intervista della triagista (OMISSIS), veniva classificato con codice bianco per "disturbi neurologici e paresi" ma, alle ore 1:00 circa, non essendo ancora stato visitato, decideva di abbandonare il presidio ospedaliero;

- in data (...).08.2009 [il giorno dopo], alle ore 14:30 circa, il sig. (OMISSIS), mentre si trovava presso la propria abitazione, lamentava dolore al torace e, dopo essere stato sottoposto a visita domiciliare del medico curante, si recava nuovamente presso l'Ospedale (omissis) dove veniva registrato alle ore 16:16 e sottoposto ad una serie di controlli clinici a partire dalle 17:19; alle ore 20:40 decedeva a causa di arresto cardiaco;

- nel corso degli accertamenti espletati in sede penale (procedimento recante n.rg. 4717 del 2009) emergeva che la prestazione professionale svolta dall'infermiera del triage non fu adeguata, poiché questa aveva sottovalutato il codice giallo attribuito al paziente dal medico del servizio del 118, declassandolo erroneamente in codice bianco, così aggravando irrimediabilmente le condizioni di salute del (OMISSIS).

Sulla scorta di queste premesse, gli attori, ravvisando nelle vicende sopra esposte la responsabilità dei convenuti, rassegnavano le conclusioni sopra riportate.

Si costituiva, con comparsa di costituzione e risposta tempestivamente depositata, l'Azienda Ospedaliera (omissis) che concludeva per il rigetto della domanda, atteso che l'attività professionale svolta dai medici e paramedici ospedalieri che hanno avuto in cura il (OMISSIS) era stata responsabile e corretta, non essendo immediatamente diagnosticabile, sulla base della sintomatologia lamentata, la patologia che aveva condotto a morte il paziente. Si costituiva, altresì, con comparsa di costituzione e risposta tempestivamente depositata, (OMISSIS), chiedendo il rigetto della domanda, poiché infondata.

La causa veniva istruita mediante consulenza tecnica medico-legale. Successivamente, all'udienza del 1.12.2017, le parti precisavano le rispettive conclusioni, come da relativo verbale, e la causa veniva trattenuta in decisione con concessione alle parti del termine di giorni sessanta per il deposito di comparse conclusionali e di giorni venti per repliche. Il procedimento è stato assegnato a questo giudice in data 2.11.2017.

La domanda è infondata e deve essere respinta per i motivi di seguito esposti.

Come noto, secondo la consolidata giurisprudenza di legittimità, la responsabilità professionale medica ha natura contrattuale ed è disciplinata dagli artt. 1176 e 2236 c.c. che regolano la responsabilità nella esecuzione di un contratto d'opera professionale.

Invero, si osserva che legge 8 marzo 2017, n. 24, pubblicata nella G.U. 64 del 17 marzo 2017, entrata in vigore il 1 aprile 2017 e contenente nuove disposizioni in materia di diritto sostanziale e di diritto processuale in materia di responsabilità professionale medica, non è applicabile nel caso concreto, in virtù del principio della irretroattività della legge di cui all'art. 11 delle disposizioni preliminari al codice civile (cfr., da ultimo, Cass. Civ. Sez. 3, Sent. n. 16039 del 02/08/2016 e, nello stesso senso, Cass. civ. Sez. I, 3 luglio 2013, n. 16620, secondo cui "ai sensi dell'art. 11 delle disposizioni preliminari al codice civile, la legge nuova non può essere applicata, oltre ai rapporti giuridici esauriti prima della sua entrata in vigore, a quelli sorti anteriormente ancora in vita se, in tal modo, si disconoscano gli effetti già verificatisi nel fatto passato o si venga a togliere efficacia, in tutto o in parte, alle conseguenze attuali o future di esso; la legge nuova è, invece applicabile ai fatti, agli "status" e alle situazioni esistenti o sopravvenute alla data della sua entrata in vigore, ancorché conseguenti ad un fatto passato, quando essi, ai fini della disciplina disposta dalla nuova legge, debbano essere presi in considerazione in se stessi, prescindendosi totalmente dal collegamento con il fatto che li ha generati, in modo che resti escluso che, attraverso tale applicazione, sia modificata la disciplina giuridica del fatto generatore").

Ebbene, posto che la nuova normativa non è in alcun modo applicabile alla presente decisione, con particolare riferimento alla diligenza dovuta nell'adempimento della prestazione, si osserva che, per ormai consolidata giurisprudenza (cfr., per tutte, Cass. n. 23918/06) la stessa deve essere valutata, a norma dell'art. 1176, co. II, c.c., con riguardo alla natura della specifica attività esercitata; tale diligenza è quella del debitore qualificato ai sensi dell'art. 1176 co. II c.c., che comporta il rispetto degli accorgimenti e delle regole tecniche obiettivamente connesse all'esercizio della professione e ricomprende, pertanto, anche la perizia. Quanto poi alla limitazione di responsabilità alle ipotesi di dolo e colpa grave, di cui all'art. 2236, co. II c.c., essa ricorre nelle sole ipotesi in cui la prestazione implica la soluzione di problemi di particolare difficoltà ed attiene, dunque, ai soli casi in cui è richiesta una particolare perizia che trascende la preparazione media, ovvero in cui la particolare complessità deriva dal fatto che il caso non è stato ancora studiato a sufficienza o non è stato ancora definitivamente dibattuto con riferimento ai metodi da adottare.

Infine, l'obbligazione assunta dal professionista costituisce una obbligazione di mezzi, di modo che il mancato raggiungimento del risultato non determina inadempimento; l'inadempimento, ovvero l'inesatto adempimento, consiste nell'aver tenuto un comportamento non conforme alla diligenza

richiesta, mentre il mancato raggiungimento del risultato può costituire danno consequenziale alla non diligente esecuzione della prestazione ovvero alla colpevole omissione dell'attività sanitaria.

Quanto poi alla ripartizione dell'onere della prova, l'attore, paziente danneggiato, deve limitarsi a provare il contratto – o il contatto sociale - e l'aggravamento di una patologia o l'insorgenza di una affezione, allegando l'inadempimento del debitore astrattamente idoneo a provocare il danno lamentato. Il medico, quale debitore convenuto, è invece gravato dell'onere di dimostrare il fatto estintivo, costituito dall'avvenuto esatto adempimento - secondo il criterio di diligenza specifica sopra precisato – ovvero a dimostrare che, pur sussistendo inadempimento, esso non sia stato eziologicamente rilevante in ordine al verificarsi del dedotto evento dannoso, ovvero che gli esiti peggiorativi siano stati determinati da un evento imprevisto e imprevedibile a lui non imputabile (Cass. S.U. n. 13533/01; Cass. S.U. n. 577/2008). Analogo principio è stato affermato con riguardo all'inesatto adempimento, mediante il rilievo che al creditore istante è sufficiente la mera allegazione dell'inesattezza dell'adempimento (per violazione di doveri accessori, come quello di informazione, ovvero per mancata osservanza dell'obbligo di diligenza), gravando ancora una volta sul debitore l'onere di dimostrare l'avvenuto esatto adempimento.

Quanto, poi, all'accertamento del necessario nesso di causalità, anche sul punto si premettono i consolidati principi affermati dalla giurisprudenza di legittimità in materia di illecito civile, che questo giudice condivide.

La prova della sussistenza del nesso causale non segue, infatti, nel processo civile, gli stessi parametri applicati nell'accertamento della responsabilità penale. E ciò in quanto la causalità civile assume connotazioni proprie in virtù della diversa funzione svolta dal sistema della responsabilità civile: non già quella di sanzionare un comportamento colpevole a fronte della commissione di un reato, bensì, in primis, quella di riparare un danno. Sul punto la recente giurisprudenza di legittimità ha infatti precisato che: "In tema di responsabilità civile, il nesso causale è regolato dal principio di cui agli artt. 40 e 41 cod. pen., per il quale un evento è da considerare causato da un altro se il primo non si sarebbe verificato in assenza del secondo, nonché dal criterio della cosiddetta causalità adeguata, sulla base del quale, all'interno della serie causale, occorre dar rilievo solo a quegli eventi che non appaiano - ad una valutazione "ex ante" - del tutto inverosimili, ferma restando, peraltro, la diversità del regime probatorio applicabile, in ragione dei differenti valori sottesi ai due processi: nel senso che, nell'accertamento del nesso causale in materia civile, vige la regola della preponderanza dell'evidenza o del "più probabile che non", mentre nel processo penale vige la regola della prova "oltre il ragionevole dubbio". Ne consegue, con riguardo alla responsabilità professionale del medico, che, essendo quest'ultimo tenuto a espletare l'attività professionale secondo canoni di diligenza e di perizia scientifica, il giudice, accertata l'omissione di tale attività, può ritenere, in assenza di altri

fattori alternativi, che tale omissione sia stata causa dell'evento lesivo e che, per converso, la condotta doverosa, se fosse stata tenuta, avrebbe impedito il verificarsi dell'evento stesso." (Cass. civ. n. 16123/2010; cfr anche Cass. S.U. n. 576/2008). Di qui la necessità di accertare la relazione tra la condotta e l'evento sulla base della regola del "più probabile che non", che impone di considerare sussistente il nesso causale quando, attraverso un criterio necessariamente probabilistico, si possa ritenere che l'opera del medico, se correttamente e prontamente prestata, avrebbe avuto fondate possibilità di evitare il danno.

Tutto ciò premesso, passando ora ad esaminare la vicenda concreta, gli aspetti che devono essere qui esaminati attengono alla corretta individuazione della diagnosi relativa alla patologia da cui era affetto l'attore, la valutazione in ordine alla correttezza delle attività eseguite presso l'Azienda Ospedaliera (OMISSIS) dal personale medico e paramedico rispetto alla patologia esistente e la sussistenza del nesso causale fra il decesso del (OMISSIS) ed eventuali omissioni imputabili al personale ospedaliero.

In particolare, occorre esaminare, alla luce della documentazione in atti, nonché degli accertamenti espletati dal consulente tecnico nominato, la fondatezza della prospettazione attorea, secondo la quale il declassamento del codice di emergenza attribuito al (OMISSIS) (dal codice giallo originario al codice bianco), conseguente alla inadeguatezza dei controlli diagnostici disposti presso il pronto soccorso dell'ospedale, avrebbe rappresentato la causa determinante il decesso del paziente.

Preliminarmente, rileva il Tribunale che il CTU, tenuto conto di tutti gli elementi probatori acquisiti, anche quelli relativi al procedimento penale, non ha rinvenuto nella documentazione prodotta la scheda operativa del SSUEM 118 e, pertanto, non ha potuto accertare l'originaria attribuzione al paziente sig. (OMISSIS) del codice giallo e nemmeno il tipo di farmacoterapia infusione somministrata all'arrivo presso il presidio ospedaliero (cfr. pag. 138 della relazione di consulenza tecnica).

Il consulente d'ufficio, ad ogni modo (dopo ampia premessa clinica sui principali aspetti relativi al processo di triage e di assegnazione del codice colore, sia per quanto riguarda il trasporto, sia per quanto riguarda l'accesso in pronto soccorso, sulla quale si rinvia alla relazione peritale in atti), ha potuto accertare che il C., in data (...)/08/2009, giunse al Pronto Soccorso del presidio (omissis) alle ore 23:30 autonomamente deambulante, senza l'ausilio di trasporto in barella e che, tra le ore 00:45 e 01:10 del (...)/08/2009 [il giorno dopo], sceglieva di ritornare con mezzi propri di allontanarsi dal pronto soccorso e ritornare al domicilio.

Il consulente, poi, deduce a posteriori la congruità del codice bianco (corrispondente a rischio basso per probabilità di danno da attesa e per gravità di possibile danno) assegnato dall'addetta di Triage

sulla base dell'assunto - che appare al Tribunale corretto ed immune da vizi logici – che i sintomi accusati in un primo momento dal (OMISSIS) si erano attenuati o scomparsi a tal punto da spingere il paziente ad allontanarsi dal Pronto soccorso (pag. 140 relazione tecnica).

Il Tribunale condivide, peraltro, quanto osservato dal CTU in merito al volontario allontanamento del paziente dal pronto soccorso ancor prima di essere visitato in data (...)/08/2009, che "ha certamente impedito o ritardato valutazioni cliniche e strumentali che avrebbero potuto condurre ad una diagnosi corretta, proprio nel periodo di tempo che lo stesso Sig. (OMISSIS) ha preferito trascorrere a domicilio" (pag. 157 relazione tecnica).

Alla data del (...)/08/2009 [il giorno dopo], alle ore 14,30 circa, il (OMISSIS) si trovava presso la propria abitazione quando ha iniziato a lamentare forti dolori al petto e, per tale ragione, veniva accompagnato dalla moglie e dal figlio nuovamente presso il Pronto Soccorso del Presidio (OMISSIS) dove giungeva alle ore 16,30 e gli veniva assegnato un codice bianco, per la presenza di sintomatologia dolorosa toracica con irradiazione al collo ed all'esofago.

Dagli accertamenti svolti dal consulente tecnico risulta che le consulenze alle quali è stato sottoposto il sig. (OMISSIS) presso l'Ospedale sono stati completi, atteso che il paziente è stato sottoposto sia ad una consulenza di carattere gastroenterologico che ad una consulenza cardiologica, all'esito delle quali gli fu assegnato un codice verde.

Il CTU, poi, sulla base dell'esame autoptico del (OMISSIS) che evidenziava "rottura di aneurisma dissecante dell'arco ascendente dell'aorta, emopericardio, shock cardiogeno ed arresto cardiorespiratorio" e della diagnosi anatomo - patologica per "aneurisma dissecante del tratto ascendente dell'arco aortico con rottura ed emopericardio" ha stabilito l'aspecificità della sintomatologia presentata dal Sig. (OMISSIS) in occasione di entrambi gli accessi al Pronto Soccorso rispetto all'aneurisma acuto dissecante di tipo A (acronimo inglese di ATAAD) e in generale alla sindrome aortica acuta per sindrome coronarica acuta (pag. 144 relazione tecnica).

In particolare, il consulente ha affermato – basandosi sugli studi scientifici più aggiornati in materia di diagnosi clinica e strumentale e al trattamento in urgenza dell'aneurisma dissecante di tipo A – che "per quanto riguarda l'accesso del giorno (...).08.2009, in rapporto ai criteri di triage non sussistevano elementi che facessero pensare ad una condizione clinica che comportasse una assegnazione di codice giallo o rosso" e che, peraltro, "l'eventuale rivalutazione triagistica, con passaggio dal codice verde al codice bianco inizialmente assegnato non si è potuta realizzare a causa dell'allontanamento volontario del paziente dal pronto soccorso".

Con riguardo, poi, alla sintomatologia rappresentata dal (OMISSIS) al momento di accesso al Pronto Soccorso nel pomeriggio del successivo (...).08.2009, rileva il consulente come essa fosse allo stesso modo aspecifica rispetto alla diagnosi autoptica, non riscontrando, pertanto, alcun errore da parte del personale dell'ospedale convenuto competente per l'assegnazione del codice ai pazienti che accedono al pronto soccorso.

Ciò premesso, osserva il Tribunale che proprio l'aspecificità caratterizzante la patologia lamentata dal (OMISSIS) induce ad escludere qualsiasi responsabilità a carico del personale (cfr. quanto affermato dal consulente in merito all'aspecificità della patologia che ha condotto il paziente alla morte "la mortalità globale da ATAAD è legata soprattutto alla difficoltà di una diagnosi precoce, dovuta all'assenza di sintomi specifici e chiari" cfr. pag 146 e ss. della relazione).

In definitiva, ritiene il Tribunale di dovere condividere le conclusioni assunte dal consulente nominato, il quale ha affermato che "il rischio di mortalità, in rapporto al quadro clinico che è possibile desumere dalla documentazione, relativo a una procedura chirurgica di correzione alle ore 18:00 del (...) agosto 2009 era pressoché sovrapponibile a quello che si può ipotizzare alle ore 21:30 del giorno precedente. Il comportamento del personale dell'AO di (omissis), e in particolare della infermiera addetta al triage il giorno (...) agosto 2009, non ha di fatto ridotto le chances di sopravvivenza del sig. (OMISSIS)" (pag. 157 della relazione peritale).

Ebbene, considerato che nei giudizi di risarcimento del danno da responsabilità medica, è onere del paziente dimostrare l'esistenza del nesso causale, provando che la condotta del sanitario è stata, secondo il criterio del "più probabile che non", causa del danno, sicché, ove la stessa sia rimasta assolutamente incerta, la domanda deve essere rigettata (Cass. civ. Sez. 3, Sent. n. 29315 del 07/12/2017), alla luce di quanto esaurientemente esposto dal CTU medico/legale, la prospettazione attorea non risulta provata atteso che il personale sanitario che ha curato il C. è non avrebbe potuto, in alcun modo, né alla data del primo accesso il (...)/08/2009, né il giorno successivo, impedire l'evento morte.

Sussistono, tuttavia, giuste ragioni per compensare tra le parti le spese del presente giudizio atteso che lo svolgimento dei fatti e la particolarità degli stessi rendevano necessaria la valutazione del comportamento dei soggetti che avevano curato il paziente, tenuto conto del fatto che la patologia che ha condotto il (OMISSIS) al decesso era stata asintomatica, e non appariva probabile agli stessi sanitari Azienda Ospedaliera (omissis) quanto avvenuto.

Le spese di CTU sono poste definitivamente a carico di parte attrice.

**P.Q.M.**

il Tribunale di Catanzaro, definitivamente pronunciando nella causa civile di primo grado, indicata in epigrafe, ogni diversa istanza, deduzione ed eccezione disattesa, così provvede:

- rigetta tutte le domande attoree;
- compensa integralmente le spese del giudizio;
- pone definitivamente a carico di parte attrice le spese di CTU.

Catanzaro, 20/03/2018